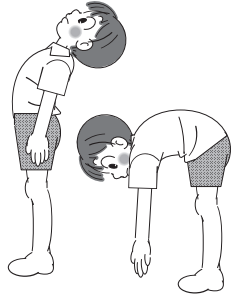

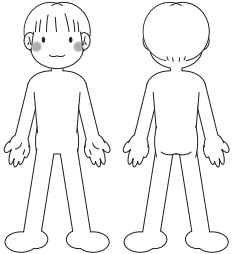
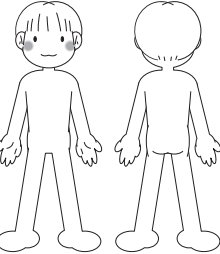
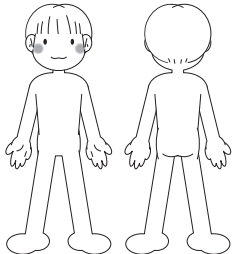


質問	(1) 背骨が曲がっていませんか？ (側弯症の有無をチェックします) 	(2) 腰を反らしたり、曲げたりした時、腰が痛みませんか？ 	(3) 腕・脚を動かした時、痛みませんか？ (例) スポーツをしている時や、スポーツの後、膝が痛い 	(4) 腕・脚に動きの悪いところがありますか？ (例) 手のひらを上に向けて腕を伸ばした時、肘が完全に伸びない、完全に曲がらない 	(5) 片脚立ちが5秒以上できますか？ 	(6) しゃがみ込みはできますか？ 	(7) からだのどこかに痛いところや気になるところはありませんか？ (例) 歩き方がおかしい 
保護者記入欄 保護者ご署名： _____ 保護者の方へ： ふと枠の中のみ記入してください。 右の質問にもお答えください。	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 次の異常がある 【チェックポイント】 (図①) 両肩の高さに差がある (図②) 両肩甲骨の高さ・位置に差がある (図③) 左右の脇線の曲がり方に差がある (図④) 前屈すると、左右の背中や腰の高さに差がある	<input type="checkbox"/> 痛くない <input type="checkbox"/> 反らすと痛い <input type="checkbox"/> 曲げると痛い	<input type="checkbox"/> 痛みはない <input type="checkbox"/> 痛い (部位を記入してください) 	<input type="checkbox"/> 動きは悪くない <input type="checkbox"/> 動きの悪いところがある (部位を記入してください) 	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (部位と症状を記入してください) 
(質問8) 運動部活動やスポーツクラブ活動をしていますか？ (回答) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (スポーツ種目： _____) (質問9) 過去1年間に、ケガや故障をしたことがありますか？ (回答) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回以上)							
養護教諭記入欄 (調査票や学校における観察から評価)	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 異常の疑いあり ()	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 異常の疑いあり ()	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 異常の疑いあり ()	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 異常の疑いあり ()	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 異常の疑いあり ()	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 異常の疑いあり ()	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 異常の疑いあり ()
学校医記入欄 (健康診断時に記入)	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 専門医受診	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 専門医受診	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 専門医受診	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 専門医受診	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 専門医受診	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 専門医受診	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 専門医受診